

# PROTOCOLO ONCOHEMATOLÓGICO: LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA

1 de 2

Fecha: ...../...../.....

## DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre: .....

Mail: ..... Tel: .....

DNI: ..... Edad: .....

## DIAGNÓSTICO

Fecha de diagnóstico: ...../...../.....

Peso: ..... kg. Talla: ..... mts. Superficie corporal: ..... m2.

Diagnóstico: .....

Estudio citogenético: .....

Mutaciones: .....

Fase de LMC al diagnóstico:

- Crónica
- Acelerada
- Crisis Blástica

## TRATAMIENTOS PREVIOS (marcar con una X lo que corresponda)

- Hidroxiurea
- Interferón Alfa
- Trasplante de médula ósea
- Imatinib
- Dasatinib
- Nilotinib
- Otro: .....

## SEGUIMIENTO DEL BENEFICIARIO

- No corresponde por ser INICIO DE TRATAMIENTO
- Corresponde por seguimiento

Respuesta hematológica (S-N)

- SI
- NO

Respuesta citogenética

- Completa
- Parcial
- Menor
- Mínima
- Nula

Respuesta molecular

- Mayor
- Menor
- Mínima
- Nula

Firma y Sello:

# PROTOCOLO ONCOHEMATOLÓGICO: LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA

2 de 2

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA (Debe incluir fundamento terapéutico y los antecedentes de medicación utilizada)

---

---

---

---

---

---

Nº de ciclos planificados hasta finalización o evaluación de respuesta: \_\_\_\_\_

Ciclo Nº \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Monodroga	Dosis (por m2 o Kg)	Frecuencia	Dosis TOTAL por ciclo

Estimado colega: el presente protocolo debe estar completo en todos sus campos y debe estar acompañado de toda la documentación respaldatoria requerida.

Apellido y Nombre: \_\_\_\_\_

Matrícula nacional N°: \_\_\_\_\_ Matrícula provincial: N°: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

**Firma y Sello:**

# INSTRUCTIVO ONCOHEMATOLÓGICO DE LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA (LMC)

Estimado/a Afiliado/a: Por medio de la presente se informa que todo pedido de medicación deberá cumplir con los siguientes requisitos:

## INICIO

- Prescripción médica de la medicación en original/copia. La indicación debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante. El pedido debe gestionarse con una anticipación mínima de 10 días hábiles.
- Protocolo de Leucemia Mieloide Crónica (LMC), en original, completo en TODOS los campos con detalle de Resumen de historia clínica (debe detallar antecedentes, estadificación, terapias previas, estado actual y estatus funcional).
- Estudios de diagnóstico:
  - Laboratorio
  - Biopsia de médula ósea
  - Citometría de flujo
  - Determinación del Cromosoma Filadelfia (t 9;22)
  - Estudio molecular (Gen BCR-ABL)
  - Mutación T315I (en caso de corresponder)
- Consentimiento informado.

## PRESENTACIÓN SEMESTRAL (Enero - Julio)

- Protocolo de Leucemia Mieloide Crónica (LMC), en original, completo en TODOS los campos con detalle de Resumen de historia clínica (debe detallar antecedentes, estadificación, terapias previas, estado actual y estatus funcional).
- Estudios actualizados con:
  - Respuesta hematológica
  - Respuesta citogenética
  - Respuesta Molecular
- Consentimiento informado.

## CAMBIO DE TRATAMIENTO O MODIFICACIÓN EN LA DOSIS.

- Prescripción médica de la medicación en original/copia. La indicación debe ser efectuada por nombre genérico, sin sugerir marca, también debe contar con datos filiatorios, diagnóstico, fecha vigente, firma y sello del médico tratante. El pedido debe gestionarse con una anticipación mínima de 10 días hábiles.
- Protocolo de Leucemia Mieloide Crónica (LMC), en original, completo en TODOS los campos con detalle de Resumen de historia clínica (debe detallar antecedentes, estadificación, terapias previas, estado actual y estatus funcional).
- En el caso de contar con estudios actualizados:
  - Laboratorio
  - Biopsia de médula ósea
  - Citometría de flujo
  - Determinación del Cromosoma Filadelfia (t 9;22)
  - Estudio molecular (Gen BCR-ABL)
  - Mutación T315I (en caso de corresponder)
  - Respuesta hematológica
  - Respuesta citogenética
  - Respuesta Molecular
- Consentimiento informado.

**No se recibirá ni tramitará solicitud alguna que no cumplan estrictamente con los requisitos indicados en el presente instructivo.  
La recepción de la documentación no implica conformidad de lo solicitado.**

Nombre y Apellido o SIGLA: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Mail de contacto: \_\_\_\_\_ Teléfonos de contacto: \_\_\_\_\_

# CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: ...../..... /.....

Nombre completo del paciente o Sigla

.....

Nombre del Representante Legal (menores de edad o incapaces)

.....

DNI .....

Declaro haber recibido información, por parte del médico que suscribe ut supra, de los procedimientos y/ o intervenciones médicas asistenciales que deberán de ser llevadas a cabo en el marco del tratamiento médico prescripto, el que de forma resumida consiste en:

DIAGNÓSTICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MEDICACIÓN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Asimismo hago constar que he sido informado sobre los riesgos y efectos secundarios inherentes al tratamiento antes mencionado, y otorgo en forma libre y espontánea mi consentimiento, firmando el presente en el día ..... de ..... de ....., en la Ciudad de ....., Provincia de .....

\_\_\_\_\_  
Firma del Médico  
Responsable

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Tipo y N° de Matrícula

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o  
Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Aclaración / Sigla

\_\_\_\_\_  
D.N.I.